

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'étude des RÉACTIONS DE LA BASE DROITE au cours des

AFFECTIONS HÉPATIQUES

PAR

Edmond DUBOIS

Né le 11 septembre 1897, à La Bassée (Nord)

Président : **M. ACHARD**, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN :

PROFESSEURS :

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Chimie organique et chimie médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecin légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale
 Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchement

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 Ch. RICHET
 André BROCCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 POUCHET
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

X.
 JEANSELME
 Perre MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU
 BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J. L. FAURE
 Auguste BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIERI
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSEINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 GUILLEMINOT
 HEINTZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (Henri)
 LIGNEL AVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de ma respec-
tueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS: GILBERT, ACHARD,
DELBET

MM. LES DOCTEURS: POTHERAT, ROBINEAU,
APERT, RUDAUX.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

M. EMILE DUBOIS

A MON PERE ET A MA MERE

A MA SCEUR

A MES PARENTS

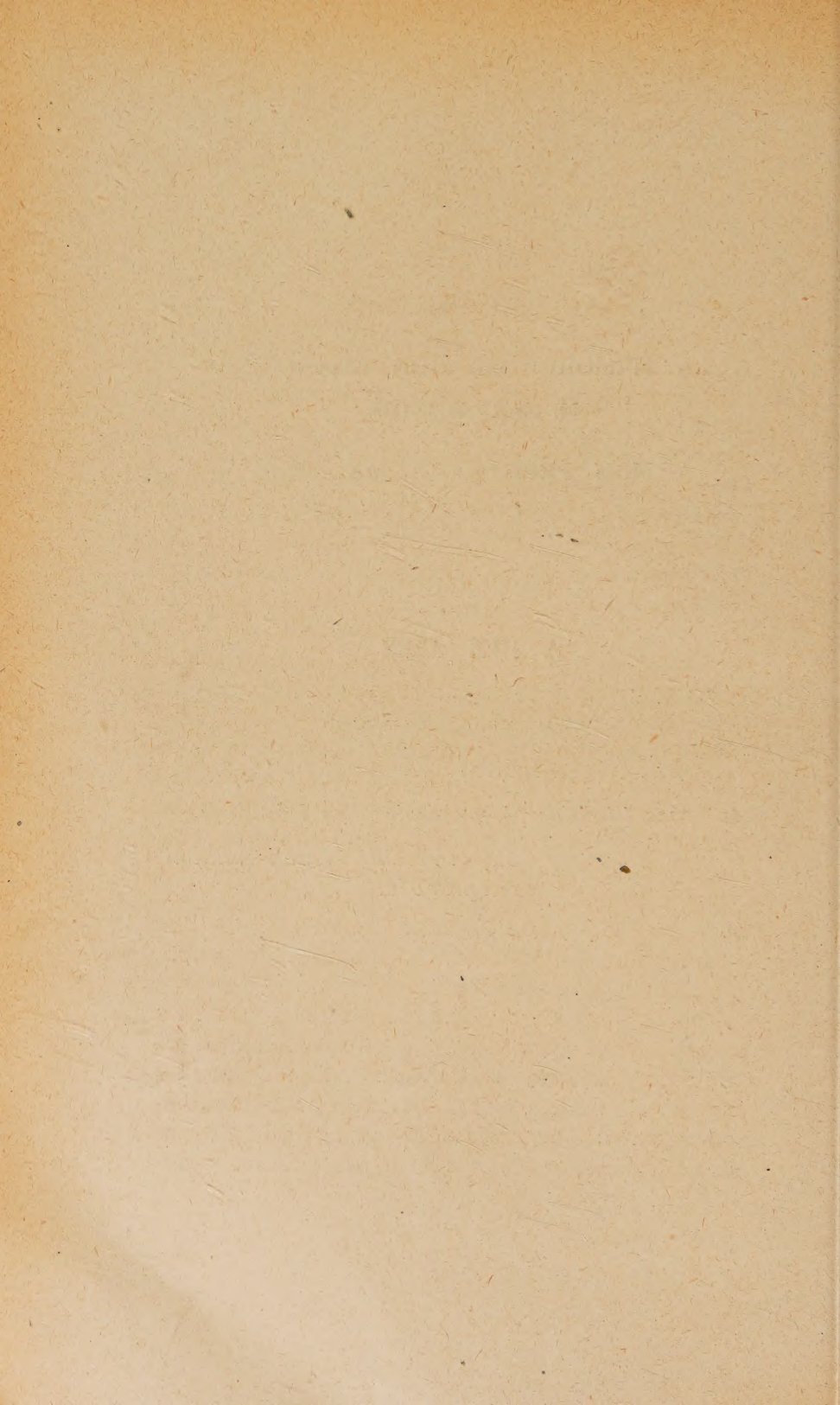
A MES AMIS

ET PARTICULIÈREMENT

A MM. ANDRÉ LAMBLING et JEAN BLUM

Internes titulaire et provisoire des Hôpitaux

*En souvenir d'une amitié
éprouvée.*



Introduction

Les symptômes qui traduisent l'atteinte du parenchyme hépatique au cours des processus infectieux ou toxiques peuvent être évidents. Il s'agit alors le plus souvent d'ictère plus ou moins intense, accompagné de rétention d'acides biliaires et qui, dans les cas graves, peut s'accompagner d'hémorragies et de troubles nerveux.

Dans d'autres conditions la lésion hépatique est moins évidente; seul un examen attentif permet de déceler ces rétentions biliaires latentes que les travaux de M. Brulé ont tant contribué à mettre au point. Il s'agit parfois de subictère, de ces ictères acholuriques décrits autrefois par M. Gilbert et dont la caractéristique est la présence d'urobiline dans les urines. L'examen dans ce cas doit toujours être complété par la recherche des acides biliaires dans l'urine, selon la technique de MM. Brulé et Garban. L'atteinte hépatique peut enfin être si minime que seule l'hémoclasie digestive de Widal, Abrami et Iancovesco met en évidence le trouble de la fonction protéopexique.

Mais, à côté de ces *réactions d'ordre général* au cours des affections hépatiques, apparaissent des *réactions d'ordre local*. Celles-ci sont d'autant plus intéressantes que souvent elles sont prédominantes dans des cas où manquent les symptômes d'insuffisance hépatique, et par là même sont les seules

susceptibles d'orienter le diagnostic. Nous ne prendrons ici comme exemple que la colique vésiculaire de Gilbert et Parturier, dans laquelle la douleur au point vésiculaire est à peu près le seul signe, et l'abcès amibien, au cours duquel même les plus minimes symptômes d'insuffisance hépatique comme l'hémoclasie digestive peuvent manquer (Widal, Abrami et Hutinel).

Cette absence de signe d'insuffisance hépatique au cours d'un certain nombre d'affections du foie nous montre donc quelle est l'importance des signes locaux. Parmi ceux-ci, l'augmentation du volume de la glande, les douleurs au point vésiculaire, les douleurs irradiées et la névralgie phrénique, une douleur vive au niveau du foie ont été trop bien précisées par les classiques pour que nous pensions à y insister à nouveau.

Par contre, il nous a semblé que *l'étude des réactions de la base droite* devait être à nouveau précisée. Certes, les pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, les vomiques, les gros kystes donnant de faux épanchements pleuraux ont été étudiés avec soin mais, à côté de ces grosses réactions, il en est de minimales. Le Sieur de Lyon les avait déjà décrites au cours de la fièvre typhoïde; Paiseau et Hutinel montraient que dans quelques cas leur importance était telle qu'ils décrivaient une forme respiratoire de l'hépatite amibienne chronique. MM. Ramond, Jacquelin et Borrien enfin, sous le nom de signe respiratoire, décrivent une obscurité de la base droite au cours de la lithiase biliaire fruste. Il s'agit là d'un trouble qu'on peut observer au cours de toutes les affections hépatiques. Ayant eu l'occasion de le constater récemment au cours de deux cas d'ictère par le novarsénobenzol nous

avons pensé qu'il était intéressant d'étudier à nouveau ce symptôme et de le rapprocher des autres manifestations de la base droite.

Nous étudierons donc tout d'abord ces *minimes réactions* caractérisées par une submatité, une diminution du murmure vésiculaire, la persistance et l'intensité des râles muqueux.

Puis nous rassemblerons les cas les plus intéressants de pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes.

Enfin, nous étudierons les *abcès du poumon* secondaires aux abcès du foie et les *vomiques*, en montrant quels sont les signes radiologiques qui peuvent permettre de soupçonner leur constitution.

Les Réactions légères.

Nous envisagerons tout d'abord celles qui se produisent au cours des hépatites amibiennes frustes ou chroniques.

a) LA FORME RESPIRATOIRE DE L'HÉPATHIE (CHRONIQUE) AMIBIENNE CHRONIQUE

A côté des manifestations hépatiques proprement dites consistant en douleurs plus ou moins vives, spontanées ou provoquées et des symptômes d'irradiation phrénique que traduit surtout la douleur de l'épaule, les signes de réaction pleuro-pulmonaire au niveau de la base droite sont les plus fréquemment observés.

« Le plus souvent on trouve à l'auscultation
« une obscurité respiratoire nette au-dessus de la-
« quelle s'entendent des râles sibilants plus ou
« moins abondants, assez souvent quelques râles
« fins en foyer et parfois des frottements pleuraux.
« En même temps, il existe une submatité qui se
« confond insensiblement avec la matité hépatique
« et une diminution plus ou moins nette des vi-
« brations vocales, parfois au contraire, elles sont
« exagérées ». (Paisseau et Hutinel).

Ces symptômes sont dans quelques cas d'autant plus nets que souvent les signes hépatiques sont au second plan et que seule une névralgie phrénique permettra de soupçonner chez un ancien dysentérique une atteinte hépatique.

Dans certains cas ce sont des *signes pulmonai-*

res qui sont prédominants sous forme de râles muqueux, parfois respiration soufflante ou même souffle véritable. Du reste, ces signes ne restent pas localisés à la base et peuvent gagner le sommet. Une thérapeutique banale n'amène guère d'amélioration, alors qu'un traitement à l'émétine est suivi d'une rétrocession remarquable de tous ces symptômes.

OBSERVATION I

(Paisseau et Hutinel in *Annales de Médecine* n° 1, 1919).

(Thèse de Jean Beau 1920, observ. n° IV).

M....., 32 ans, est atteint au mois de décembre 1917 de bronchite persistante ; peu après on aurait constaté des symptômes d'emphysème, la toux est fatigante, sans expectoration.

Deux mois après, en février, sans avoir présenté antérieurement d'autres phénomènes intestinaux, il émet des selles sanglantes allant jusqu'à l'émission de sang pur en assez grande abondance, sans ténesme ni autres symptômes douloureux.

Au mois de mai les signes intestinaux persistent encore avec des selles sanglantes, un abdomen météorisé et douloureux, *les troubles respiratoires sont presque prédominants*: sibilances disséminées dans toute l'étendue du poumon droit mais plus accentuées au niveau de la base droite où on entend des signes de congestion, la respiration est soufflante au sommet du même côté avec quelques râles humides.

Du côté gauche on trouve aussi des râles sibilants.

Le foie n'est pas hypertrophié, seulement sensible dans la région épigastrique droite ; le malade accuse

une douleur thoracique en ceinture, une douleur vive et persistante à l'épaule droite, les points phréniques xyphoïdien et sternomastoïdien sont d'une grande netteté.

Trois jours après le début du traitement par l'émétine, l'amélioration des signes pulmonaires et phréniques et des phénomènes douloureux spontanés est manifeste. A la fin du traitement il y a disparition à peu près complète des symptômes hépatiques, respiratoires et des troubles intestinaux.

Parfois, ce sont au contraire les *signes pleuraux* qui sont prédominants. Dans ces conditions, la submatité, la modification des vibrations, les frottements pleuraux font penser à une pleurite aiguë. Un traitement à l'émétine peut dès le lendemain améliorer ces signes. L'observation suivante due à MM. Paisseau et Hutinel et publiée dans la thèse de Jean Beau en est un exemple typique.

OBSERVATION II

(Thèse de Jean Beau, observ. n° V)

Le malade S., Auguste, du 1^{er} Etranger, entre à l'hôpital de Meknès pour : pleurite droite aiguë le 28 septembre 1918. Est au Maroc depuis décembre 1914. En avril 1917, diarrhée simple, puis 15 jours après syndrome dysentérique typique durant 8 jours et cédant à 0,04 centigr. d'émétine.

A l'entrée, le malade a de la pleurite droite, avec en même temps point de côté hépatique, douleurs à l'épaule droite, de la toux. La température reste à 39° pendant 6 jours. Les signes dysentériques reparais-sent ; sous l'influence de 4 injections d'émétine les

phénomènes rétrocedent. Les signes pleuraux et hépatiques s'atténuent.

Le malade revu peu de temps après est anémique et souffre du côté droit. Le foie n'est pas hypertrophié, mais douloureux dans la région épigastrique. Le point phrénique xyphoïdien droit est très net. Submatité de la base droite. Une injection d'émétine améliore tous ces signes dès le lendemain.

On peut se demander quelles sont les lésions qui conditionnent de pareilles manifestations pulmonaires.

L'*examen radioscopique* reste dans ces cas négatif. Le malade dont Jean Beau a rapporté l'observation et qui était atteint d'une dysenterie datant de 1895, présentait une hépatite amibienne chronique avec toux, submatité de la base droite et diminution de la respiration. Un examen aux rayons X pratiqué par le Dr Maingot a donné les résultats suivants: (cils - de - sac costo - diaphragmatiques clairs, mobiles des deux côtés. L'ombre hépatophrénique examinée de face et de profil présente un contour régulier et est exempte de voussure. Après distension gazeuse du gros intestin, on voit que le lobe gauche du foie forme une saillie qui déborde l'ombre vertébrale et dont la limite est relativement nette).

L'examen anatomique que MM. Paiseau et Hutinel ont pu pratiquer dans un cas leur a permis de constater l'existence d'une périhépatite sous-diaphragmatique. Cette périthépatite, immobilisant le diaphragme réagissant sur la base droite par voie veineuse ou lymphatique, explique les symptômes respiratoires que nous venons de rapporter.

MM. Achard et Foix, dès 1914, ont montré

(Académie de Médecine et Archives de Médecine expérimentale. Juillet 1914) que ces faits d'hépatite amibienne chronique étaient sous la dépendance de *gommes amibiennes* avec réactions scléreuses réalisant une véritable cirrhose.

b) LES SIGNES RESPIRATOIRES DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

A côté des signes de Murphy, de Chauffard, d'Abraham, MM. Ramond, Borrien et Jacquelin décrivent au cours des lithiases biliaires frustes les symptômes suivants: « Le murmure vésiculaire est nettement diminué à la base droite surtout sur la ligne axillaire postérieure, parfois cette obscurité respiratoire s'observe à la partie moyenne et même à la partie supérieure du poumon droit; elle persiste fort longtemps et nous connaissons des lithiasiques chez qui le symptôme a survécu des mois à la crise de colique hépatique ».

Ces auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'une immobilisation du diaphragme sous l'influence de la douleur; mais ce symptôme persiste une fois la crise passée. Aussi concluent-ils que plutôt qu'une action réflexe partant du foie et inhibant plus ou moins l'action respiratoire des muscles intercostaux, il s'agit d'une action réflexe sur les muscles bronchiques dont la contracture peut diminuer la ventilation pulmonaire.

Ce symptôme a un grand intérêt diagnostique. « Il n'existe pas dans les affections pyloriques ou duodénales qui n'intéressent pas la vésicule biliaire; son interprétation permet donc une différenciation très nette entre ces divers processus dont le diagnostic est si souvent embarrassant ». (Ramond, Jacquelin, Borrien).

M. Linossier a également constaté ce symptôme. Chez un de ses malades on n'entendait jamais le

murmure vésiculaire à la base droite. Ce silence était absolu mais la persistance de la sonorité éliminait toute hypothèse de réaction pleurale. L'examen radioscopique pratiqué chez un autre malade montrait une immobilité absolue de la partie droite du diaphragme. Pour M. Linossier, ce symptôme n'est constaté que chez des lithiasiques sévèrement atteints.

Une malade que nous avons pu examiner semble rentrer dans ce cadre. Elle était entrée à l'Hôpital *à la suite d'une crise de cholécystite calculeuse* que confirmait un long passé de lithiasie biliaire et dont elle présentait d'ailleurs la symptomatologie classique.

Nous avons pu noter chez elle *une abolition complète du murmure vésiculaire de la base droite* avec un certain degré de submatité tranchant avec l'intégrité des sommets et de l'autre poumon. La radioscopie ne révélait d'ailleurs aucune lésion anatomique.

OBSERVATION III (observation personnelle).

Mme R. âgée de 43 ans entre à la Charité (salle Frère-Côme) le 16 février 1922 pour des douleurs dans l'hypocondre droit, accompagnées de fièvre.

Dans ses antécédents on ne relève rien de particulier jusqu'à l'âge de 41 ans. Mais à ce moment, en mars 1920, elle présente une première crise. Elle est réveillée la nuit par une violente douleur dans l'hypocondre droit, douleur qui dure quatre à cinq jours et se calme insensiblement, douleur accompagnée de fièvre et suivie d'un subictère. Ni vomissements, ni nausées. Reste environ 15 jours à l'hôpital.

En mai 1921 deuxième crise identique à la première, mais un peu plus légère.

Dans l'intervalle des crises, pesanteur au niveau de l'hypocondre droit et quelques troubles digestifs.

En février 1922 troisième crise débutant le 14 février. Entrée le 16 février elle sort de l'hôpital le 6 mars. Même tableau clinique avec quelques nausées en plus.

Examen

Malade présentant un léger subictère des conjonctives, langue un peu saburrale.

Abdomen souple. -- Toute la région de l'hypocondre droit est douloureuse à la palpation. On parvient à accrocher le bord inférieur du foie qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Limite supérieure au cinquième espace intercostal.

Appareil pulmonaire. — Abolition complète du murmure vésiculaire de la base droite avec légère submatité. Cependant à la radio l'aspect du champ pulmonaire est normal.

Urines : Urobilinurie. — Autres appareils normaux.

c) LES MANIFESTATIONS PULMONAIRES DE LA BASE DROITE AU COURS DES ICTÈRES

M. Ramond a pu constater des symptômes analogues à ceux qu'il a décrits dans la lithiasc biliaire au cours de l'ictère catarrhal. Mais dans celui-ci les symptômes sont moins prononcés et d'une durée qui n'excède pas 7 à 8 jours. Parfois, il disparaît au bout de 48 heures.

Grâce à l'obligeance de M. Jean Hutinel, interne des Hôpitaux, auquel nous tenons à exprimer toute notre gratitude, nous avons pu suivre un malade syphilitique qui, au cours d'un traitement par l'arsénobenzol, fut atteint d'un ictère typique avec aci-

des biliaires et pigments dans les urines, décoloration des matières fécales. Chez ce sujet, la submatité de la base droite était manifeste. A l'auscultation, on entendait au même niveau de gros râles muqueux qui contrastaient avec l'intégrité du murmure vésiculaire à la base gauche et aux deux sommets. Ces accidents ont duré 6 jours, au bout desquels disparurent les râles muqueux. La submatité persiste pendant toute la durée de la jaunisse.

OBSERVATION IV (observation personnelle)

Le malade S., âgé de 63 ans entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Vidal, le 19 février 1922. Son père est mort alcoolique. C'est lui-même un éthylique. Il a contracté le paludisme en Tunisie en 1881. En mai 1921 ce malade vient consulter à Saint-Louis pour un chancre de la verge. Le Wasserman est absolument positif. On lui fait aussitôt deux séries de néosalvarsan de dix piqûres chacune de 0,15 à 0,75 centigrammes. Ces deux séries étant séparées par un repos de 3 mois. A la suite de la deuxième série 5 semaines après la cessation du traitement apparaît un ictère précédé de quelques troubles gastro-intestinaux qui est allé en s'aggravant pour devenir franc en 8 jours.

A l'examen c'est un ictère franc généralisé avec pigments et acides biliaires dans l'urine, décoloration des matières fécales. Le foie est à peu près normal, la rate un peu grosse, mais surtout pour ce qui nous intéresse, *au niveau de la base droite*, on constatait sur une hauteur de cinq à six travers de doigts un *silence très marqué avec râles muqueux persistants*. L'évolution de cet ictère fut normale. En moins de 3 semaines il rétrocéda et parallèlement les symptômes observés du côté de la base droite disparurent, la respiration devenant normale à cet endroit.

Les réactions de la base droite qu'on constate au cours des hépatites amibiennes chroniques, de la lithiase biliaire, des ictères, se bornent souvent à une simple diminution de la respiration. Sont-elles plus accusées, on constate alors de la sub-malité et un silence, avec parfois des frottements pleuraux ou de gros râles muqueux. Ces symptômes doivent être bien connus. Rebelles à une thérapeutique banale ils rétrocedent, nous l'avons vu plus-haut, sous l'influence de l'émétine ou quand l'ictère disparaît. Ils sont de plus intéressants, car ils nous montrent la facilité avec laquelle le foie réagit sur la base pulmonaire. Ils nous expliquent les signes plus graves que nous décrirons maintenant et nous permettent par conséquent de diagnostiquer un abcès ou un kyste hydatique du foie et de prévoir leur rupture.

Les Fausses Pleurésies

a) KYSTES HYDATIQUES POSTÉRO-SUPÉRIEURS ASEPTIQUES

Il s'agit en général de sujets qui ont pu présenter ce que Dieulafoy appelait les petites signes de la maladie hydatique: dégoût pour les graisses, douleurs à l'épaule droite, diarrhée et surtout épistaxis, poussées d'urticaire fréquentes. Bien que l'état général soit resté bon, les malades présentent du côté de la base droite des symptômes qui attirent l'attention. Le thorax est élargi, évasé dans sa partie inférieure, « il prend l'aspect d'une cloche tandis que la partie supérieure n'est que peu ou pas déformée du tout. » (Schwartz). Les espaces intercostaux sont élargis, la base déjetée en dehors; les côtes sont moins obliques en bas.

Ces symptômes constatés à l'examen sont ceux d'un épanchement pleural; les vibrations sont très diminuées ou même complètement abolies; à la percussion, on note une matité de bois.

La forme de cette matité est importante pour le diagnostic. Au lieu d'être concave en haut, de présenter une limite parabolique, la matité de ces kystes est dans les cas typiques convexe, laissant de chaque côté un triangle de sonorité à base supérieure et à sommet diaphragmatique. A l'auscultation, le murmure vésiculaire ne s'entend pas. Il y a silence avec respiration supplémentaire du côté

opposé et au sommet correspondant où l'on peut en outre trouver du skodisme.

Contrastant avec ces symptômes qui traduisent la présence de liquide, on ne constate pas les signes habituels qui au cours d'une pleurésie traduisent la congestion pulmonaire sous-jacente. Ce souffle doux lointain, voilé de la pleurésie séro-fibrineuse manque toujours, il n'y a pas davantage d'égophonie et de pectori loqui aphone.

M. Chauffard a insisté sur deux symptômes qui traduisent l'évolution thoracique des gros kystes hydatiques: le flot transthoracique et le ballottement sus-hépatique. Ces signes sont à l'heure actuelle trop classiques pour que nous revenions à nouveau sur leur description.

Un examen clinique doit toujours être complété par une radioscopie. Celle-ci montre un bord supérieur du foie déformé, le diaphragme est dénivélé, immobilisé (Quenu). La tumeur est arrondie en général, convexe en haut, l'ombre est nette à limites précises comme tracées au compas. La base pulmonaire sus-jacente est claire et les culs-de-sac costo-diaphragmatiques libres éliminent toute idée d'épanchement pleural.

L'évolution de ces kystes hydatiques non suppurés se fait le plus souvent vers l'ouverture dans la plèvre sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Ce qu'il importe de souligner c'est que tous les symptômes que nous venons de décrire sont dus uniquement à un processus mécanique de refoulement, de compression de la base pulmonaire par un kyste aseptique, et que dans ce cas on ne trouve aucune réaction inflammatoire.

b) LES ABCÈS DU FOIE POSTÉRO-SUPÉRIEURS

S'opposant aux kystes hydatiques aseptiques nous allons voir que les kystes hydatiques suppurés et les abcès du foie amibiens ne donnent que rarement de pareils signes de compression, mais que par contre la réaction inflammatoire sera beaucoup plus nette. Nous tenterons une schématisation de ces signes.

Au début : Les abcès du foie évoluant vers le thorax s'accompagnent d'une réaction de la base droite qui, avec la névralgie phrénique, la douleur thoracique, la température et la diarrhée sont les symptômes habituels de l'affection.

Cette réaction de la base est minime : submatité, râles muqueux bien localisés et persistants, les malades se plaignent soit d'une douleur sourde dans le côté soit même d'un véritable point de côté. Ces signes fonctionnels précoces sont une des raisons pour lesquelles l'attention est rapidement attirée vers le thorax.

Puis, ces symptômes se précisent: on trouve de la matité, une modification des vibrations, les râles sont plus gros, peu modifiés par la toux, en même temps que l'on peut constater quelques frottements pleuraux.

A la période d'état les symptômes constatés à la base droite prennent le masque soit d'une congestion pleuro-pulmonaire, soit même d'une pleurésie purulente.

Dans un certain nombre de cas la matité, l'abolition des vibrations, les râles à timbre de sous-crépitaux, même un souffle léger font penser à une congestion pleuro-plumonaire. Une ponction exploratrice pratiquée permet parfois de retirer

quelques gouttes de liquide séro-fibrineux contenant des polynucléaires en abondance. Dans d'autres conditions la déformation thoracique, l'abolition des vibrations, l'œdème de la paroi s'ajoutant à une matité importante, à de la fièvre et même ultérieurement à une vomique, font que le diagnostic comme dans le cas de M. Miginiac est bien délicat avec une pleurésie purulente.

La ponction exploratrice peut ne donner aucun résultat. Quoiqu'il en soit un examen radioscopique montre le degré de la déformation hépatique et l'importance de la réaction inflammatoire.

Le diaphragme est déformé, dénivélé, immobilisé, mais les contours de la tumeur ne sont plus nets et comme tracés au compas, ils sont flous, leur limite est peu nette par suite de la réaction inflammatoire périphérique. Le plus souvent, les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont comblés et même le diaphragme peut être immobile, noyé dans une zone obscure à convexité supérieure remontant parfois jusqu'à l'épine de l'omoplate.

L'évolution ne se fait qu'exceptionnellement vers la cavité pleurale et le plus souvent une vomique apparaît lentement ou brutalement.

OBSERVATION V

(Obs. du Docteur Miginiac in Soc. de Chirurgie 1921).

Joséphine D., 50 ans, cultivatrice, entre le 21 octobre 1920, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, dans le service de M. le professeur Baylac. Habite la banlieue de Toulouse, n'a jamais séjourné dans les pays chauds, travaille aux champs. Depuis juin 1920 souffre dans le flanc droit, avec gêne de l'inspiration

dans la région des espaces intercostaux 7, 8 et 9, suivant la ligne axillaire ; de plus, elle est atteinte de diarrhée profuse avec huit à dix selles gris jaunâtre par vingt-quatre heures. Depuis juillet, dégoût des aliments, et spécialement des viandes et graisses ; régime lacto-végétarien. L'entrée à l'hôpital est amenée par la persistance des douleurs et de la diarrhée.

A son entrée, état général mauvais, malade amaigrie, subictérique. Cypho-scoliose dorso-lombaire, datant de la seconde enfance. Douleur dans l'hypocondre droit avec irradiations vers le dos, l'épigastre et l'épaule droite. Matité hépatique très augmentée ; en avant, elle remonte jusqu'à la quatrième côte et s'abaisse jusqu'à l'ombilic et la crête iliaque ; en arrière, elle atteint le tiers inférieur de l'omoplate. A la palpation, le foie est gros et dur, à bord dentelé, avec une forte saillie piriforme dans la partie moyenne de son bord antérieur. Rate et autres viscères abdominaux normaux, ainsi que les poumons et le cœur, mais skodisme sous-claviculaire droit. Examen des urines, négatif. La radioscopie permet de constater, à gauche, un diaphragme mobile avec cœur repoussé vers la gauche, et, à droite, un diaphragme invisible noyé dans une zone obscure, à convexité supérieure remontant au delà de l'épine de l'omoplate et s'étendant transversalement au-dessus de l'ombilic. Température oscille entre 37°,2 et 39°,2 le soir. Le diagnostic était en suspens, lorsque le 30 octobre, la malade s'est mise à tousser et a rejeté des crachats bruns, puis a eu une vomique nettement purulente, et depuis est en état de dyspnée.

La malade est envoyée dans le service de M. le professeur Caubet, et examinée par M. Miginiac. Dyspnéique, presque asphyxique, elle reste en position assise, la toux est incessante, le pouls misérable ; l'émission de pus brun chocolat continue. On constate une ampliation évidente de la base du thorax à droite,

avec œdème de la paroi et matité énorme, tant en avant qu'en arrière, comme dans un empyème de la grande cavité. Le foie est hypertrophié et abaissé. On pense à l'existence d'un abcès du foie avec collection propagée à la cavité pleurale. Deux ponctions exploratrices au trocart de Potain pratiquées sur la ligne axillaire antérieure et la ligne axillaire postérieure au niveau de la neuvième côte ramènent du pus chocolat.

Anesthésie par pulvérisation de chlorure d'éthyle dont le jet suit le bistouri. Incision postéro-latérale et résection de la neuvième côte. Pas de liquide dans la plèvre, dont le cul-de-sac est bloqué ; à travers les tissus lardacés de proche en proche, le diaphragme est incisé et le foie apparaît ; il n'y a pas de pus entre le foie et le diaphragme.

Ponction exploratrice du foie au trocart de Potain : d'une notable profondeur, le pus arrive et s'écoule en abondance, au moins un litre de pus chocolat avec débris pulpeux. L'orifice est agrandi au thermocautère, la cavité explorée au doigt et deux drains très gros entourés de mèches y sont introduits.

L'amélioration a été immédiate ; dès le soir, la dyspnée, l'état du pouls et de la température étaient améliorés, ainsi que le facies et l'état général.

Le professeur Rispal a pratiqué l'examen du pus. Il n'a pas pu y déceler la présence d'amibes ; ce pus est resté stérile et aucun microbe n'a cultivé. Le diagnostic de dysenterie amibienne a cependant été retenu ; il reste le plus vraisemblable, et il paraît logique de le conserver, ne fût-ce qu'en raison des suites.

Dans les 8 jours suivants, les injections quotidiennes d'émétine ont été pratiquées ; la diarrhée a disparu au dixième jour, en même temps que l'expectoration du pus chocolat. Les drains ont été supprimés au quinzième jour et la cicatrisation, sans fistule,

complète en un mois. La convalescence n'a été troublée que par un œdème double des membres inférieurs, sans phlébite, qui vers le quinzième jour est, apparu et a duré environ 6 semaines, et par un abcès sous-cutané de la cuisse droite consécutif à une injection d'huile camphrée.

Au 1er janvier 1921, la malade guérie est rentrée chez elle.

Le diagnostic de ces syndromes pseudo-pleurétiques consécutifs à une affection hépatique, kyste aseptique ou abcès est le plus souvent assez facile. L'augmentation de volume du foie, un passé de crises d'urticaire, une réaction de Weinberg positive, une éosinophilie sanguine feront reconnaître un kyste hydatique.

D'autre part, une diarrhée chronique ou même des crises antérieures typiques de dysenterie chez un malade qui a pu ne jamais quitter la France caractérisent une enterite amibienne.

L'augmentation du volume du foie, une température de 38°5 avec névralgies phréniques, douleur à l'épaule droite, polynucléose sont les symptômes d'un abcès du foie dont l'évolution s'accompagne de signes de congestion de la base droite que nous avons décrits plus haut.

En pratique un kyste hydatique postéro-supérieur sera facilement diagnostiqué. Une pleurésie séro-fibrineuse est reconnue par la ponction exploratrice, une radioscopie et la constatation d'un souffle qui n'existe pas au cours des kystes.

Par contre, les congestions pleuro-pulmonaires dues à un kyste suppuré ou à un abcès du foie pourront être, quand elles sont prédominantes,

d'un diagnostic plus délicat, d'autant plus que les signes fonctionnels ressentis par le malade orientent surtout l'examen de ce côté.

MM. Chauffard, Laroche et Huber ont décrit au cours des pleurésies interlobaires un syndrome pseudo-pleurétique, dont l'étude a été reprise plus récemment par Ardin-Delteil et Aynaud, Causade.

Au cours de l'évolution des *phlegmons périnéphrétiques* des symptômes réactionnels de la base droite sont observés quand ces phlegmons ont eu une évolution thoracique. Les symptômes basillaires sont identiques à ceux des affections hépatiques et seuls les symptômes d'ordre rénal, la voussure lombaire, la réaction douloureuse du psoas les feront reconnaître. Il en est de même des abcès sous-phréniques.

Les Pleurésies

a) LES PLEURÉSIES ASEPTIQUES: LE CHOLÉTHORAX HYDATIQUE

Les kystes hydatiques aseptiques peuvent s'ouvrir dans la plèvre. Il s'agit dans ces cas presque toujours de kystes postéro-supérieurs. L'ouverture dans la cavité pleurale est rendue possible par l'absence d'adhérences. Progressivement le kyste augmente à l'intérieur de la cavité thoracique, donne des symptômes d'épanchement pleural que nous avons décrits plus haut, mais sans réaction inflammatoire. C'est l'absence de toute inflammation qui laisse libre la cavité pleurale et explique son inondation par le liquide kystique aseptique.

Cliniquement, le cholethorax hydatique s'annonce, le plus souvent, par deux ordres de symptômes: *des signes thoraciques* et *des signes d'intoxication*.

Tout à coup, chez un malade qui ne ressentait jusqu'alors qu'une gêne dans le côté, apparaît un point douloureux, la respiration est rapide, superficielle, le côté droit reste immobile, le malade a de la dyspnée. Il s'agit là de symptômes observés banalement au cours de toute pleurésie, et dans lesquels l'élément douleur est peut-être plus important que la compression exercée sur le poumon par le liquide épanché.

Au bout de quelques heures, en général, le pouls se ralentit, la respiration se fait plus régulière et

l'examen du malade le montre porteur d'un épanchement pleural de la grande cavité. C'est la ponction qui, permettant de retirer un liquide jaunâtre teinté de bile dans lequel on peut constater des crochets, fait poser le diagnostic de certitude,

A côté de ces accidents d'ordre thoracique peuvent survenir des accidents d'intoxication. Ceux-ci furent considérées dès 1910 par Chauffard et Boidin comme relevant de l'anaphylaxie. La brusquerie des accidents, l'éosinophilie sanguine, l'urticaire en étaient une preuve manifeste. En 1921, MM. Berge, Benard, Guttmann et Roberti ont montré qu'au cours de la ponction d'un kyste hydatique se produisait un choc hémoclasique tel qu'il a été décrit par Widal, permettant de rapporter les manifestations cliniques observées à une colloïdoclasie.

L'évolution du choléthorax hydatique est en général fatale si celui-ci est abandonné à lui-même. Une vomique se produit tôt ou tard et le liquide bilieux s'infecte rapidement. Aussi, en pareil cas, ne doit-on pas se contenter d'une ponction mais pratiquer une large pleurotomie qui permettra de nettoyer la cavité pleurale et de traiter directement le kyste du foie rompu.

OBSERVATION VI

(In thèse de Mme Rappoport, 1915)

Garçon boucher, trente et un ans. *Kyste hydatique du foie à évolution thoracique*. Brusquement et spontanément, dans la nuit du 5 septembre, *violent point de côté* dans l'aisselle droite, suivi de dyspnée et d'urticaire.

Entré à l'hôpital le 7 septembre : dyspnée, tempéra-

ture 39°, pouls à 110. Le 8 septembre, ponction évacuatrice de la collection thoracique : évacuation d'un litre et demi de liquide eau de roche.

Le lendemain de la ponction, 9 septembre, amélioration, température 38° (deux crachats biliaires).

Le 10 septembre, température 37°5. Le pouls n'en reste pas moins à 104 et la respiration à 36. Dans l'après-midi de ce jour, le malade, vers 3 heures, a une nouvelle poussée d'urticaire, sans élévation de température.

Le 11 septembre, température normale, mais persistance de la dyspnée : 36 respirations (de nouveau, deux crachats biliaires).

Dans la nuit du 12 au 13, étouffements continus, crise de dyspnée, calmée par du sirop d'éther.

Le 13, vers midi et demi, le malade est pris subitement d'une nouvelle crise d'étouffement; il fait de grands efforts pour respirer; la face est cyanosée; une injection de morphine calme momentanément les accidents.

Mais la cyanose ne tarde pas à reprendre, la température monte à 38° il y a de la somnolence, sueurs froides; mort à dix heures du soir.

Autopsie : poumon gauche, lobe inférieur congestionné. Poumon droit symphysé, refoulé jusqu'à la troisième côte. La base sclérosée forme le toit du R. hépatique (on ne peut retrouver trace d'une fistule bronchique, membrane mince décollée de l'adventice et teintée de bile sur la face externe. Le liquide contenu dans le kyste n'est pas jaune, la bile ne l'a pas envahi; d'autre part, il n'est pas suppuré. Il s'agit d'une intoxication hydatique à allure particulièrement lente.

Si nous n'insistons pas sur les *pleurésies séro-fibrineuses* qui accompagnent si souvent l'évolution des *cirrhoses du foie* et en particulier de la cirrhose de Laennec c'est que ces pleurésies, loin d'être un symptôme précoce ayant un intérêt diagnos-

tique, sont, le plus souvent, des manifestations tardives.

Elles ne sont pas alors des réactions d'ordre hépatique, mais bien plutôt la *conséquence d'une bacillose pleuro-péritonéale secondaire*, comme le prouvent l'examen cytologique et les inoculations au cobaye.

b) LES PLEURÉSIES SEPTIQUES

Qu'il s'agisse d'un kyste suppuré, d'un abcès dysentérique du foie ou même d'un abcès consécutif à la lithiasé biliaire, l'évolution thoracique de ces collections septiques est en général toute différente.

OBSERVATION VII

(Renault in *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale*, 1909. Obs. XVI.)

ABCÈS DU FOIE. PAS D'ANTÉCÉDENTS DYSENTÉRIQUES, URÉE NORMALE, PLEURÉSIE DROITE 13 JOURS APRÈS L'OPÉRATION.

D. G..., Soldat d'infanterie coloniale, âgé de 25 ans, évacué de l'hôpital mixte d'Hyères, le 6 février, pour ostéopériostite costale et bronchite chronique.

On ne relève dans ses antécédents personnels aucune maladie sérieuse. Appelé en 1903 dans l'infanterie coloniale, il va en 1904 au Tonkin; pendant la traversée, il a une bronchite chronique, il en sort guéri. Rapatrié en excédent d'effectif, il a, de temps en temps, quelques légers accès de fièvre de cause indéterminée. En 1906, il est libéré, puis rengage, en décembre 1908, au 22^e d'infanterie coloniale. En janvier, il commence à souffrir du côté droit, surtout au niveau des côtes : il est envoyé à l'hôpital de Saint-Mandrier, où il est traité pendant huit jours. Mais vers le 25 janvier

apparaît, au niveau des 7°, 8° et 9° côtes, entre les lignes axillaire antérieure et mamelonnaire, une tumeur oblongue, qui reste le siège d'une douleur assez vive. A l'hospice d'Hyères, on porte le diagnostic de périostite costale et de bronchite chronique. Le 6 février, il est évacué sur l'hôpital de Marseille pour y être traité localement et présenté dans la suite, s'il y a lieu, devant une commission de réforme. Le malade est amaigri et pâle; la tumeur est tendue, fluctuante et présente sur les bords de l'œdème et sur la surface quelques dilatations veineuses. Les côtes, dans les points où la palpation est possible, sont épaissies et douloureuses. Du côté de l'appareil pulmonaire, à droite, matité à la base, respiration rude au sommet, obscurité respiratoire à la base; à gauche, diminution du murmure vésiculaire au sommet, quelques râles de bronchite disséminés.

Pas de bacilles de Koch.

La température oscille entre 37° et 39°4.

La quantité d'urine dans les 24 heures est de 1.100 grammes; urée normale, ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic d'abcès froid consécutif à une ostéopériostite d'une ou de plusieurs côtes (7°, 8° et 9°). Le 21 février, on se décide à faire une ponction exploratrice au point le plus fluctuant de la tumeur; une quantité notable de pus pénètre dans la seringue, pus bien lié, de couleur brun rougeâtre. On songe alors à la possibilité d'un abcès du foie, et le pus est envoyé à l'analyse microscopique dans le but de retrouver quelques cellules hépatiques. Le résultat, négatif à ce sujet, ne signale que la présence de globules de pus.

Le lendemain, on se propose d'ouvrir l'abcès et de pratiquer l'examen des côtes sous-jacentes et la résection de celles qui sont atteintes. Une incision de 0 m. 08 à 0 m. 10 est pratiquée au point culminant de la tumeur. Un flot de pus chocolat fétide, un litre environ, est évacué. L'examen digital permet de recon-

naître qu'il s'agit d'un abcès situé en plein foie, dans le voisinage de la face convexe. On résèque rapidement la 8^e côte qui apparaît dans la plaie d'ouverture. Drainage et lavage.

Jusqu'au 7 mars, les suites opératoires sont des plus normales, le pus se tarit progressivement, et l'état général remonte. Mais dans la nuit du 7 au 8 mars, le malade est pris de frissons et de fièvre, puis de gêne respiratoire très marquée correspondant à une matité absolue dans les trois quarts du poumon droit en arrière; augmentation de sonorité sous la clavicule droite, souffle tubaire au sommet, etc..., tous les signes d'une pleurésie abondante. Sous l'influence d'un traitement approprié, le liquide pleurétique se résorbe, et le 30 mars, le malade entre en pleine convalescence. Il est mis exeat avec congé de convalescence de trois mois, le 10 mai 1908.

Dans quelques cas, par réaction inflammatoire de voisinage, on peut observer une pleurésie séro-fibrineuse. Celle-ci est en général peu marquée, se réduisant à une mince lame de liquide, s'accompagnant de souffles, de râles sous-crépitaux, son aspect est le plus souvent celui d'une cortico-pleurite. Nous avons déjà dans le chapitre précédent insisté sur ces faits, le liquide pleural en pareil cas étant séro-fibrineux, parfois louche, avec polynucléaires intacts. C'est un épanchement puriforme aseptique de Widal et Gougerot qui peut ultérieurement devenir septique. Dans d'autres conditions, l'évolution est plus torpide, la plèvre enflammée chroniquement réagit d'une manière lente. Des adhérences se forment soudant les deux feuillets pleuraux si bien que la cavité pleurale se comble.

Cliniquement, c'est en général une diminution de l'amplitude respiratoire du côté droit, de la submatité, du silence, des frottements, des douleurs

vagues, de la pesanteur, des tiraillements exagérés par la toux qui caractérisent cette *symphyse pleurale progressive*. A la radio, la base est obscure, le diaphragme immobile, déformé, peu visible; les culs-de-sac pleuraux sont comblés. Cette symphyse pleurale explique pourquoi la plupart des collections suppurées s'ouvrent directement dans les bronches sans envahir la grande cavité pleurale. La symptomatologie relève de l'évolution des abcès postéro-supérieurs, et des manifestations qui sont décrites comme précédant les vomiques.

A côté de ces réactions pleurales, on peut observer des *pleurésies purulentes véritables* par rupture dans la cavité pleurale d'une collection suppurée. Ce fait est rare et pour Bertrand et Fontan ne se produit que d'une manière exceptionnelle. Alors que les pleurésies par réaction de voisinage s'installent lentement, insidieusement, qu'elles soient séro-fibrineuses, purulentes ou sèches, le tableau clinique étant calqué en quelque sorte sur l'évolution anatomique, les pleurésies purulentes par ouverture d'une collection suppurée dans la plèvre ont en général un début brusque. S'agit-il d'un abcès du foie, c'est tout à coup un point de côté atroce qui se constitue. La respiration est haletante, le pouls petit, le thorax immobilisé à droite. Peu à peu ces symptômes s'amendent, la fièvre monte et à l'examen on constate un épanchement pleural purulent. La matité s'est élevée de plusieurs travers de doigt, de convexe qu'elle était en haut elle a pris la forme pleurale, la ligne supérieure étant horizontale. Tous les signes d'épanchement pleural: egophonie; souffle matité sont typiques. Une ponction pratiquée permet de retirer un pus chocolat plus ou moins grumeleux. Cette

constatation implique une pleurotomie d'urgence. De pareilles pleurésies purulentes peuvent s'observer au cours de la lithiase biliaire. L'observation suivante de Dubar et Potel en est un bel exemple.

OBSERVATION VIII

(De Dubar et Potel.) *In Echo médical du Nord*
du 22 déc. 1901.)

Madame C..., 53 ans, est prise, le 8 février 1896, de douleurs abdominales violentes. Comme cette dame est sujette à de fréquentes crises de coliques hépatiques, l'entourage ne s'alarme pas. Cependant, la malade trouve que dans l'accès présent il y a quelque chose de changé dans ses douleurs, sans qu'elle puisse cependant expliquer cette différence.

Il n'y a point d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

La malade a trois enfants en excellente santé.

Elle-même est sujette aux coliques hépatiques, depuis une vingtaine d'années. Chaque crise est de courte durée et suivie d'ictère. Cependant, il y a deux ans, un abcès plus sévère et plus long avait donné lieu à une cholécystite fébrile, terminée par résolution en une dizaine de jours.

Le docteur Vouters, médecin de la famille, à qui nous devons la plupart des détails de cette observation qu'il a consignée jour par jour, est appelé. A ce moment, les douleurs étaient insupportables, s'irradiaient dans tout l'abdomen. La simple application de la main au niveau du creux épigastrique provoque des cris. Le ventre est tendu sans être ballonné. La température est normale. Deux injections de morphine amènent un soulagement momentané. Le lendemain, les douleurs reparaissent, aussi violentes.

L'exploration du ventre permet de délimiter une

tuméfaction lisse, rénitente, douloureuse, allant de la région épigastrique à l'hypocondre droit, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Pouls à 105; température 37°5; pas de frisson, pas d'ictère. La langue est suburrale; on ordonne un léger purgatif.

Le 10 et le 11, l'état reste stationnaire. La température monte à 38°.

Le 12 se produit une véritable débâcle intestinale : une vingtaine de garde-robes très abondantes, liquides et bilieuses.

Cette débâcle n'amène cependant aucun soulagement.

La tuméfaction est beaucoup plus étendue, elle descend jusque dans la fosse iliaque et remplit presque toute la moitié droite de l'abdomen. Le ventre est un peu ballonné et douloureux. Pas de vomissements, pas de nausées, pas d'ictères.

Le 13 février, l'état reste stationnaire pendant deux jours. Les douleurs ont toujours la même acuité. La tuméfaction n'a point diminué d'étendue. Elle est résistante partout, mais ne présente point trace de fluctuation.

Le 15 février, l'abdomen est plus souple et moins douloureux à la palpation. Il y a un peu d'œdème sous-cutané dans la région lombaire et dans le flanc droit. La tuméfaction s'est limitée. La fosse iliaque est libre et facile à explorer.

Pendant huit jours, cet état subit peu de modifications, sauf l'apparition d'un ictère léger, avec urine biliphéique.

Le 23, le pouls devient plus rapide (125), le facies se grippe, l'asthénie est assez marquée. Cependant, l'abdomen est moins sensible, moins douloureux. L'œdème sous-cutané s'accroît; il s'étend sur la moitié droite de l'abdomen et remonte jusqu'au sein droit. La palpation permet de constater l'existence d'une tuméfaction non fluctuante limitée en dedans et en bas par

une ligne allant du bord externe du grand droit au milieu de la crête iliaque.

Le 25, la malade commence à tousser et se plaint d'un point de côté sous le sein droit.

La percussion montre qu'il existe une zone de matité assez notable à la base du poumon droit. A l'auscultation, on constate un souffle voilé et de l'égophonie dans la région correspondant à la matité, signe évident d'un épanchement pleurétique.

Le 26. La teinte subictérique persiste; le point de côté existe toujours. La toux est quinteuse, sèche, fréquente. Le niveau de la matité, du souffle et de l'égophonie monte vers l'angle inférieur de l'omoplate. Des traces d'œdème apparaissent dans la région postérieure du thorax. Des pétéchies, en petit nombre, se montrent sur la partie inférieure de l'abdomen et sur la partie supérieure des cuisses. Dans l'après-midi, une douleur aiguë exacerbante se fait sentir brusquement dans le genou gauche. L'articulation se gonfle et devient chaude, douloureuse au toucher. Ces phénomènes aigus durent deux jours, puis s'apaisent et disparaissent graduellement en huit jours.

Les douleurs s'atténuent notablement dans l'hypochondre. Cependant, les forces de la malade diminuent. Les pétéchies deviennent confluentes et se généralisent. La plupart offrent ce caractère singulier de se déprimer en cupule.

Les phénomènes pleuraux s'accroissent, le souffle, l'égophonie et la matité ont envahi la fosse sous-épineuse.

Le 4 mars, M. Vouters pratique deux ponctions exploratrices à trois travers de doigts au-dessous du niveau supérieur de la matité et ne ramène que du sang. Une troisième ponction pratiquée plus bas dans le neuvième espace intercostal donne *du pus franchement coloré par la bile.*

L'examen bactériologique pratiqué le jour même

montre que ce pus ne contenait que des *staphylocoques*, mais en quantité innombrable.

Le 5 mars, M. le professeur Dubar, appelé par le docteur Vouters auprès de la malade, pratiquait une large ouverture de la plèvre et donnait issue à deux litres de pus mêlé à une grande quantité de bile. Pas d'hydatides.

L'exploration digitale du foyer permit de constater que l'abcès s'étant formé à la convexité du foie, avait perforé le diaphragme pour s'épancher dans la plèvre droite.

Un gros drain est placé à demeure dans le foyer purulent, et tous les jours on pratique des lavages à l'eau boriquée.

L'intervention amena la sédation de la douleur et la disparition du point de côté. Mais quelques symptômes un peu alarmants apparurent du côté du poumon. Polypnée, toux incessante, expectoration muqueuse considérable, accompagnée parfois de vomissements biliaires, sueurs abondantes. A l'auscultation, on perçoit des râles muqueux disséminés dans toute la poitrine. Le souffle du côté droit et la matité ne disparaissent que très lentement. Peu à peu, ces symptômes s'amendèrent. A partir du 16 mars, il ne se manifesta que quelques élévations de température inférieures à 38°. Les sueurs et la toux disparaissent. A l'auscultation, on ne perçoit que quelques râles sonores dans la poitrine. Plus de râles muqueux. Le murmure vésiculaire et la sonorité existent, normaux partout.

Le foyer se rétrécit avec rapidité et donne très peu de suppuration. C'est à peine si l'on peut introduire 50 grammes de liquide dans sa cavité.

Le 25 mars, le tube tombe dans le pansement et ne peut plus être remis en place. La malade a, d'ailleurs, repris des forces. Elle se lève et fait une convalescence rapide.

Les Abscesses de la base du poumon

Les abcès de la base du poumon consécutifs à un abcès hépatique amibien sont fort rares. Nattan-Larrier, puis Rist et Ameuille, Simonin, Achard et Foix, Rist et Roger en ont cité quelques exemples qui viennent d'être rapportés dans *une clinique du professeur Achard*.

Leur symptomatologie est en général très fruste. Le plus souvent, ils se présentent comme une affection pleuro-pulmonaire banale de la base droite. Tous les signes de réaction de la base que nous avons décrits précédemment, râles muqueux, submatité ou silence respiratoire, et dans un stade plus accusé pseudo-pleurésie, congestion pulmonaire ou même pleurésie réactionnelle séro-fibrineuse ou puriforme peuvent masquer un abcès du poumon dysentérique. En pareil cas, on pense, le plus souvent, à un abcès du foie à type thoracique avec réaction pulmonaire secondaire. Ce n'est guère que la radioscopie qui pourrait permettre de préciser un pareil diagnostic.

Une fois ouverts dans les bronches, la symptomatologie de ces abcès est banale. Il s'agit d'une caverne pulmonaire suppurante. Donc, hémoptysies peu abondantes, expectoration purulente nummulaire ou prenant peu à peu le caractère bronchique (Besançon et de Jong) font penser à une pleurésie enkystée se vidant par vomiques, à une caverne tuberculeuse, mais surtout étant donné le siège de

l'abcès, à une dilatation des bronches. Et ceci d'autant plus, qu'aux signes cavitaires constatés: soufflé, pectoriloquie, râles humides, se surajoutent des symptômes pleuraux pouvant aller jusqu'à la symphyse pleurale. L'état du foie, qui est augmenté de volume et douloureux, la notion d'une diarrhée persistante, la constatation enfin d'amibes dans les selles fixeront un diagnostic hésitant.

Nous rapporterons tout d'abord l'observation si typique de Rist, Ameuille et Mlle de Pfeffel:

OBSERVATION IX

(De Rist, Ameuille et Mlle de Pfeffel Soc. Médicale des Hôpitaux, 18 juin 1914.)

Le 26 avril dernier, se présentait à la consultation du Dispensaire Léon-Bourgeois, d'où il était aussitôt dirigé sur notre service de tuberculeux de l'hôpital Laënnec, un homme de 26 ans, plombier de son métier, qui crachait le sang assez abondamment. Il était oppressé, fort amaigri, avait l'aspect cachectique et paraissait beaucoup plus vieux que son âge. Il nous raconta que déjà, en octobre 1912, il avait eu un point de côté à droite, avec de la toux et de la fièvre, symptômes qui avaient fait porter le diagnostic de pleurésie sèche à l'hôpital du Havre, où il avait été soigné pendant six semaines. Il avait ensuite retrouvé apparemment la santé. Mais, en décembre 1913, plus d'un an après, se trouvant à Béziers, il fut repris d'une douleur, d'abord sourde, puis de plus en plus vive, siégeant, au début, en arrière, près du rebord costal droit, s'étendant ensuite à tout le côté droit de la poitrine. A l'hôpital de Montpellier, où il fut admis, on fit de nouveau le diagnostic de pleurésie sèche. Il eut alors une fièvre assez intense, atteignant 40°, pendant une

quinzaine de jours. On le traita par des ventouses scarifiées, et il quitta l'hôpital au début de janvier, se croyant complètement guéri. Mais, de décembre 1913 à février 1914, il subit un amaigrissement de 10 kilogrammes. Au début de mars, il fut pris soudain, pendant la nuit, d'une sensation de brûlure sur toute la hauteur de l'hémithorax droit, d'un châtouillement au niveau du larynx, et il eut une considérable hémoptysie de sang pur, qui se prolongea pendant vingt-quatre heures. Il entra alors à l'hôpital de Béziers, et y resta vingt jours, crachant abondamment du sang, bientôt mêlé de pus. Puis ils vint à Paris, où la persistance de son expectoration purulente et sanglante et sa faiblesse croissante l'engagèrent à consulter au dispensaire.

A son entrée, le 26 avril, il ne put être examiné que fort sommairement à cause de son hémoptysie, qui céda le lendemain à deux injections intramusculaires de pituitrine.

Tout, dans cette histoire, suggérait l'idée d'une tuberculose pulmonaire. Néanmoins, dans les crachats examinés dès le lendemain, on ne constata pas de bacilles de Koch. Le surlendemain de son entrée se trouvait être le jour où tous les malades nouvellement admis sont systématiquement examinés par nous à l'écran radioscopique. Le hasard voulut donc que la première exploration physique à laquelle ce malade fut soumis fut la stéthoscopie roentgénienne. Nous eûmes la surprise de faire chez lui les constatations suivantes : le poumon gauche était parfaitement clair du haut en bas ; le poumon droit, tout à fait transparent dans sa partie supérieure, était occupé, à sa base, par une ombre circulaire, à contours parfaitement nets et réguliers, comme tracés au compas, autour de laquelle, en haut, en dedans et partiellement en dehors, subsistait la clarté pulmonaire. En bas, cette ombre se confondait avec l'opacité hépatique.

L'on sait que ces ombres circulaires à contours précis sont, chez l'adulte, symptomatiques de *deux maladies principales*, le *kyste hydatique du poumon* et le *néoplasme*. Ici, les probabilités étaient toutes en faveur du kyste hydatique, — et du kyste ouvert dans les bronches. En effet, notre malade avait une expectoration purulente, témoignant d'un foyer intrapulmonaire fistulisé. Mais surtout l'ombre que nous observions présentait une particularité fort caractéristique, démontrant la présence d'une collection liquide dans le foyer : à son pôle supérieur, se voyait un segment anormalement clair, dont le contour supérieur de l'ombre formait l'arc et dont la corde répondait à un niveau horizontal parfaitement rectiligne, demeurant horizontal, quelle que fut la position imprimée au malade. En secouant notre homme, nous provoquions même le phénomène de la succussion hippocratique visible. Il était donc, à n'en pas douter, porteur d'une collection hydro-aérique intra-pulmonaire. L'examen en position transversale nous montra que cette collection siégeait à la partie postérieure du poumon, laissant toute la région antérieure parfaitement claire.

La percussion nous permit d'ailleurs de déterminer dans le dos du malade une zone de matité circulaire ayant exactement la situation et les dimensions observées à l'écran, zone dont la limite supérieure se trouvait à la hauteur de la quatrième apophyse épineuse dorsale, et dont la limite interne passait par le bord spinal de l'omoplate, laissant l'espace inter-scapulo-vertébral sonore. En bas, elle se confondait avec la matité hépatique. Au pôle supérieur de cette zone ronde, qui mesurait 8 centimètres de diamètre, nous avons pu obtenir nettement une sonorité tympanique, et, par l'auscultation, percevoir la succession hippocratique. Plus bas, le murmure vésiculaire était aboli; on n'entendait pas un râle.

Le malade, interrogé, ne se souvenait pas d'avoir

jamais rien expectoré qui ressemblât à des membranes hydatiques ou à des hydatides filles. Le 2 mai, sans attendre les résultats de la recherche des anticorps hydatiques dans le sérum sanguin, nous fîmes une ponction exploratrice, dans le dessein de rechercher les crochets d'échinocoque dans le liquide retiré. La seringue se remplit d'un pus visqueux, de couleur chocolat et d'odeur fade.

C'est la couleur de ce pus qui nous fit pour la première fois penser à la possibilité d'un abcès amibien du poumon, et dans les préparations extemporanées qui furent faites aussitôt, nous recherchâmes non seulement les crochets d'échinocoque, mais aussi les amibes, — sans succès d'ailleurs. Mais l'on sait que le pus des abcès dysentériques renferme très rarement des amibes, que l'on n'a chance de trouver que dans les produits de râclage de la paroi de la collection.

En même temps, le malade nous apprenait qu'il avait fait, cinq ans auparavant, son service militaire à Tunis, et qu'il y avait eu, au début de son congé, une maladie d'une durée de cinq semaines, au commencement de laquelle il avait eu des douleurs de ventre pendant quatre ou cinq jours; puis s'était développée une jaunisse avec décoloration des selles. Jamais depuis, nous a-t-il catégoriquement affirmé, il n'avait éprouvé ni douleurs abdominales, ni ténesme; jamais il n'avait eu de diarrhées ni d'expulsion de glaires sanguinolentes. Dans le service même, il n'eut aucun de ces symptômes. Beaucoup plus tard seulement, l'infirmière nous dit qu'elle avait remarqué une fois un peu de sang dans ses matières.

L'exploration du ventre ne provoquait aucune douleur. Le foie non plus n'était pas sensible à la pression. Sa matité verticale mesurait 10 centimètres sur la ligne mamelonnaire; il ne débordait pas les fausses côtes.

C'était donc, selon toute apparence, un foie plutôt petit.

A ce point de vue donc, nous ne trouvions rien qui corroborât l'hypothèse d'abcès amibien ou de dysenterie, et notre diagnostic restait en suspens. L'examen du sang, qui décelait une polynucléose de 95 0/0 et une éosinophilie de 3 0/0, ne nous apportait aucune lumière. La recherche des anticorps hydatiques dans le sérum fut malheureusement retardée par suite de circonstances indépendantes de notre volonté. Lorsque le résultat négatif nous en parvint, l'état du malade s'était beaucoup aggravé. La fièvre, nulle au début, s'était allumée et avait pris un caractère irrégulier à grandes oscillations; la toux était devenue incessante, l'expectoration de plus en plus abondante; la dyspnée et la douleur thoracique avait notablement augmenté, la zone de matité s'était accrue.

Le 15 mai, nous priâmes M. Hartmann d'opérer d'urgence notre malade. Il fit, sous chloroforme, une incision dans un espace intercostal au niveau du foyer, trouva les deux feuillets pleuraux symphysés, tomba sur un vaste foyer purulent, d'où s'échappa un litre au moins de liquide épais, grisâtre, d'odeur fade, et mit un drain. Le malade mourut le lendemain, 16 mai.

L'autopsie fut pratiquée le 17 mai. En voici le procès-verbal : l'intestin grêle et le gros intestin ne présentent pas de lésion extérieurement apparente; mais les ganglions de l'angle iléo-caecal sont volumineux, sans que l'appendice soit extérieurement altérée. Sur la coupe, ces ganglions sont d'un rouge lie de vin.

La cavité pleurale gauche est libre d'adhérences dans toute son étendue, sauf au niveau du bord postérieur du lobe inférieur. Le poumon, de ce côté, présente à la base de légères lésions de broncho-pneumonie banale.

Du côté opposé, le poumon est libre d'adhérences en avant. En arrière, au contraire, existe, de la base au

sommet, une symphyse pleurale totale, et c'est seulement par décollement extrapleural qu'on arrive à séparer le poumon de la paroi, en dégagant, à la partie postéro-inférieure dans le 8^e espace intercostal, l'orifice créé par l'incision de M. Hartmann. La base des poumons est solidement adhérente au diaphragme et ne peut pas en être plus séparée que la convexité du foie, de sorte qu'on est forcé d'enlever foie, diaphragme et poumon d'un seul tenant. Une grande coupe sagittale nous montre alors l'aspect que l'on peut voir sur les pièces que nous présentons. Cavité de la base du poumon, grosse comme une tête d'enfant, limitée à la partie potérieure et inférieure seulement par la coque pleurale, et dans la partie supérieure par du parenchyme pulmonaire condensé, comme hépatisé, mais de teinte grise. La cavité même est infractueuse, tapissée de débris friables, de polypes et villosités formés de tissu nécrotique. Le pus qu'elle renferme est blanc, inodore et mal lié. Elle communique, par sa partie inférieure, au travers du diaphragme, par un orifice grand comme une pièce de 2 francs, avec un abcès du foie, gros comme une mandarine, situé dans le lobe droit, au contact du diaphragme. La paroi de cet abcès, outre les détritits qui en constituent la face interne, est formée d'une épaisse bande scléreuse, gris rosé, qui semble montrer que l'abcès est ancien et que le foie a eu lemps de réagir longuement contre son extension. On trouve, à peu de distance de cet abcès principal, sur la gauche, un autre abcès, gros comme une noisette, qui paraît plus récent.

Il s'agit donc d'un abcès du foie, paraissant ancien communiquant avec un abcès du poumon plus volumineux et moins limité, et, bien que l'apparence extérieure de l'intestin semble normale, l'ouverture en est pratiquée. L'intestin grêle présente une surface interne normale ; quant au gros intestin, il est profondément lésé, au moins dans ses parties initiales. Le

caecum et le côlon ascendant, fortement injectés de sang, présentent des ulcérations à contour irrégulier, tellement confluentes qu'elles donnent un aspect vermoulu à l'intestin.

Puis, les ulcérations s'espacent, et leur intervalle est constitué par de la muqueuse à peu près saine. Elles se raréfient progressivement et disparaissent à environ 35 centimètres au-dessus de l'anus, ce qui explique, chez ce malade l'absence de syndrome dysentérique vrai. Chaque ulcération occupe le sommet d'une boursoufflure blanche et translucide de la muqueuse ; le pourtour de l'ulcération est limité par un liséré hortensia. Quant à son fond, il est occupé par des détritüs jaunâtres, de consistance gélatineuse. Nous avons ainsi, macroscopiquement, l'aspect typique de la dysenterie amibienne.

Le reste de l'examen nécropsique ne mérite de mention qu'à propos des surrénales qui présentent, de chaque côté, un volumineux foyer apoplectique central et sont ainsi quadruplées de volume.

Nous ne rapporterons pas l'examen microscopique en détail et nous nous bornerons à signaler que l'intestin présente son maximum de lésions dans la sous-muqueuse. on y observe des abcès du type habituel dans la dysenterie, et qui fourmillent d'amibes. La paroi de l'abcès du foie présente une zone interne nécrotique, une zone externe cirrhotique si l'on peut dire, à sclérose envahissant excentriquement le parenchyme hépatique voisin.

Quant à la paroi de l'abcès du poumon, elle montre tout à fait extérieurement, un peu de sclérose interlobulaire du poumon et d'alvéolite desquamative ; mais ce qui frappe surtout, c'est l'intensité de la nécrose qui frappe la paroi immédiate de l'abcès. Non seulement, il n'y a plus de noyaux colorables, mais les fibres élastiques sont raréfiées, fragmentées, réduites en grains.

En résumé, ce qui frappe, à l'examen anatomique de ce malade, c'est le *contraste entre l'étendue de l'abcès du poumon et de celui du foie*, et aussi celui qui existe entre l'ancienneté apparente du foyer hépatique et les lésions de l'intestin qui semblent relativement récentes, puisqu'elles sont, en somme, superficielles et peu étendues.

Notre malade a donc succombé à une *dysenterie amibienne chronique avec abcès hépatique et abcès pulmonaire* ; mais les manifestations cliniques apparentes de son affection ont été exclusivement pulmonaires. Les communications récentes qui ont été faites ici même ont montré qu'il en est souvent ainsi, et que l'erreur diagnostique la plus volontiers commise en matière d'amibiase est celle qui consiste à la confondre avec la tuberculose pulmonaire. C'est, en effet, au moment où un abcès hépatique s'ouvre dans les bronches et s'évacue par cette voie, qu'apparaissent les symptômes qui font croire à une affection du poumon.

Ce qui rend notre cas assez singulier, c'est qu'ici il y avait réellement une localisation pulmonaire de l'amibiase, un vaste abcès du poumon évoluant pour son propre compte et non pas seulement la réaction pleuro-pulmonaire scléro-inflammatoire du voisinage qui accompagne le plus ordinairement l'ouverture de l'abcès hépatique dans les bronches. On a décrit des abcès spléniques, des abcès encéphaliques au cours de l'amibiase; nous n'avons pu trouver dans la littérature que deux abcès pulmonaires, tous deux dus à Nattan-Larrier.

Comme on l'a vu, il y avait entre l'abcès hépatique de notre malade et son abcès pulmonaire une communication large aux dépens d'une perforation diaphragmatique. Cette perforation est-elle la voie par laquelle l'infection amibienne a, du foie, gagné le poumon ? S'est-elle, au contraire, produite secondaire-

ment au moment où l'énorme abcès pulmonaire a atteint, par son développement excentrique, la face supérieure du diaphragme ? Et dans ce cas, l'abcès pulmonaire peut-il être considéré comme une localisation indépendante primitivement de la localisation hépatique ? Cette dernière hypothèse nous paraît la plus probable.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que, parmi les supurations inter-pulmonaires qui peuvent se présenter au diagnostic et au traitement du médecin, il faut faire place aux abcès amibiens.

Cette observation nous montre donc un homme qui consulte pour des hémoptysies abondantes, le sang étant bientôt mêlé de pus. Les signes d'auscultation avaient fait porter le diagnostic de pleurésie sèche. Ce malade se présentait comme atteint de tuberculose pulmonaire, l'état général était mauvais, mais on ne pouvait constater de bacilles de Koch dans ses crachats. C'est seul l'examen radioscopique montrant à la base une ombre ronde, régulière, à contours nets, adhérente au foie à sa partie inférieure, dont la limite supérieure était claire qui fit penser à un kyste du poumon.

La matité se présentait sous forme d'une zone circulaire ayant exactement la situation et les dimensions observées à l'écran. A la partie supérieure de cette zone, l'auscultation faisait percevoir la succussion hypocratique. En bas, le silence était complet, sans un râle.

Une ponction faite dans cette zone de matité permit de retirer du pus couleur chocolat qui fit aussitôt penser à la dysenterie amibienne. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'abcès du poumon secondaire à un abcès amibien du foie.

Peu après cette observation, M. Simonin en rapportait une autre :

OBSERVATION 'X

(Simonin) (Soc. Médicale des Hôpitaux, 25 juin 1914)

Bas (Victor), âgé de vingt-deux ans, mineur de profession, appelé service armé au 23^e régiment d'infanterie coloniale, le 4 août 1909, ne présente, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, aucune infection ou intoxication méritant d'être signalée, en dehors d'une blennorragie sans complications, survenue à l'âge de dix-huit ans.

Au mois de mai 1911, il part pour le Maroc et fait la colonne Gouraud (marche sur Fez) ; au bout de deux mois de fatigues et de privations, il entre à l'ambulance de Fez, au mois de juillet, pour *fièvre paludéenne* accompagnée de céphalées violentes : on l'évacue sur Casablanca, où il séjourne quelque temps au dépôt de convalescents.

Au mois de *septembre* 1911, il présente une *atteinte relativement peu sévère de dysenterie, reconnue de nature amibienne* à Casablanca : rapatrié en France, le 9 octobre, il est hospitalisé une première fois au Val-de-Grâce, le 18 octobre, avec le diagnostic 'dysenterie amibienne subaigüe ».

Du 18 au 24 octobre, évolue un état subfébrile léger, purement vespéral, dont le fastigium ne dépasse pas 38° 2. Une seconde poussée thermique analogue survient du 7 novembre au 11 du même mois. Bien que cette fièvre soit légère, et ne rappelle en rien les accès palustres francs, elle s'accompagne d'une augmentation sensible de la rate, et cède rapidement à la quinine. Elle ne paraît pas davantage liée à la dysenterie,

annoncée au billet d'entrée, et dont on n'a pas eu à constater les symptômes. Le 17 novembre, le malade sort par convalescence, son état général étant satisfaisant.

Vers la fin du mois de novembre, c'est-à-dire environ deux mois et demi après le début de sa dysenterie amibienne, le malade s'alite, chez lui, en raison d'une sensation de pesanteur douloureuse dans l'hypocondre droit. Ce sont des douleurs sourdes, qui ne s'irradient pas dans l'épaule : une *fièvre rémittente* accompagne ces douleurs. Le thermomètre oscille assez régulièrement du matin au soir, entre 38 et 39 degrés. Quelques jours plus tard, légère rechute de la dysenterie. Un médecin civil, appelé, ordonne du calomel, la diète lactée et de la quinine. Tout paraît rentrer dans l'ordre.

Le malade rentre à son corps le 16 janvier 1912, et le 20 janvier, est hospitalisé au Val-de-Grâce une seconde fois, soit cinq mois après le début de la dysenterie, et deux mois après le début de l'hépatalgie fébrile. Il présente *un état subfébrile léger* pendant cinq jours, ne dépassant pas le soir 38 degrés ou 37°8 : *le foie reste un peu douloureux dans son ensemble* pendant huit jours, sans augmentation très sensible de volume (flèche verticale sous-mammaire om, 12). Après administration de quelques prises de calomel, et applications répétées de ventouses scarifiées dans l'hypocondre droit, tout paraît rentrer dans l'ordre. Le malade est anémié. Pas d'albumine dans les urines.

Le 5 février, nouvelle période fébrile d'une durée de huit jours : accès vespéraux quotidiens, apyrexie matinale (fastigium fébrile 39°5, 38°6, 38°2, 37°8, etc.) Le 10 février, commence *une hémoglobinurie* des plus nettes, qui dure trois jours : la fièvre vespérale ne dépasse pas 38°2. Les urines ne contiennent ni globules rouges, ni globules blancs, ni cellules rénales, ni cylindres, mais une trace sensible d'albumine. Pas

de vomissements bilieux ; légère teinte subictérique des muqueuses et des téguments, anémie marquée.

La rate est notablement augmentée de volume et s'accuse sur la ligne axillaire, le 6 février, par une matité de 0,095 (dimension axillaire), de 0,065 (dimension horizontale xyphoïdienne). La matité hépatique est variable, mais dans des limites modérées; la flèche de matité verticale sous-mammaire oscille de 0,09 à 0,12. L'examen du sang ne montre ni hématozoaires, ni spirilles.

Du 15 au 27 février, la rate ne diminue pas sensiblement de volume, mais elle n'augmente pas non plus.

Mais à partir du 18 février, *le foie devient à nouveau douloureux, et on voit survenir quelques frottements en arrière dans la région inférieure de l'hémithorax droit*, la flèche verticale de matité hépatique sous-mammaire ne dépasse pas 0,12. La fièvre prend un type rémittent à grandes oscillations irrégulières (maximum 39°5, le 22 février). A la date du 26 et pour la première fois, le malade éprouve un grand frisson; le lendemain, 27 février, le frisson se reproduit; le sang recueilli pendant le frisson ne contient pas d'hématozoaires, et cependant la quinine administrée à hautes doses par la bouche et par la voie sous-cutanée paraît avoir raison de ces accès qui n'affectent aucun type connu. L'apyrexie définitive s'installe le 28 février; le malade est très anémié, la peau et les muqueuses sont décolorées. Les douleurs hépatiques ont complètement disparu, ainsi que les frottements, à la date du 1^{er} mars. Il n'y a pas d'ictère, ni même de subictère. Les urines, analysées le 11 mars, ne renferment ni sucre, ni albumine (volume 1100, densité 1017, urée 17 gr 6, acide urique 0,48, azote total 9,52, chlorures 6,42, phosphates 2,67, traces d'urobiline et d'indoxyle).

Le malade quitte l'hôpital, le 27 mars 1912, avec le diagnostic : « Paludisme » ? hémoglobinurie, conges-

tion fébrile douloureuse du foie, périhépatite chez un ancien dysentérique amibien. A surveiller ».

Après une convalescence de trois mois passée dans sa famille et pendant laquelle il aurait présenté d'assez nombreux accès fébriles, sans nouvelle hémoglobinurie, Bas... est hospitalisé une troisième fois, le 3 juin 1912, sept mois après le début des manifestations hépatiques. Il est apyrétique, amaigri, anémié; ses conjonctives ont une légère teinte subictérique; sa dysenterie n'a pas récidivé.

La rate est volumineuse (0,15 de longueur sur 0,12). Le foie est augmenté de volume (0,13 en avant, 0,12 en arrière), les frottements de périthépatite ont reparu en arrière, mais sans phénomènes douloureux. Les urines ne renferment pas d'albumine.

A partir du 4 juin et jusqu'au 2 juillet, jour du décès, la température du malade va revêtir un type à peu près uniforme, que ni des doses très élevées de quinine administrées par voie sous-cutanée et buccale, ni le collargol en frictions n'arriveront à modifier. Ce sont de grandes oscillations quotidiennes se présentant sous la forme de violents accès septicémiques, d'une durée de une à trois heures, avec apyrexie matinale habituelle, maximum au voisinage de 40 degrés, frissons au début, sueurs profuses terminales.

La recherche des diverses formes d'hématozoaires de Laveran renouvelée à diverses reprises, celle des leucocytes mélanifères sont constamment négatives, bien que la rate douloureuse mesure 0,17 à 0,19 centimètres en projection verticale et 0,08 à 0,12 en dimensions horizontales; on la perçoit nettement à la main sous le rebord costal gauche. Le foie est également douloureux et mesure verticalement sous le mamelon 0,13, puis 0,16. La pression sous-costale sur l'organe est douloureuse, quand on cherche à le refouler en haut vers le diaphragme. Les pressions directes, même

énergiques, pratiquées au niveau des espaces intercostaux inférieurs ne réveillent pas la sensibilité de l'organe. Pas de douleurs spontanées irradiées dans l'épaule; plus de frottements de périhépatite.

La radioscopie du thorax n'apporte aucun renseignement de nature à permettre la localisation de la suppuration hépatique. Le dôme du lobe droit refoule légèrement, mais en masse, la voûte diaphragmatique, en raison même du volume de l'organe sous-jacent dont l'opacité paraît homogène.

Le 11 juin, un nuage d'albumine apparaît dans les urines; elles sont rares, foncées, sédimenteuses, d'une densité de 1022; elles contiennent des traces nettes d'urobiline et d'indoxyle. On note chaque jour deux à trois selles féculentes, sans mucus, ni fausses membranes, ni sang.

L'hémoculture du sang recueilli dans la veine reste stérile.

La *formule hémoleucocytaire* est la suivante à la date du 18 juin :

Polynucléaires neutrophiles	82	p.	100
Mononucléaires grands et petits.	16	»	»
Eosinophiles.	2	»	»

L'anémie est extrême, à en juger par la décoloration de la peau et des muqueuses.

Le 16 juin, au cours d'un grand accès fébrile, le malade présente *une toux quinteuse sèche*, une véritable crise d'anxiété et d'angoisse respiratoire qui se termine par le rejet de quelques *crachats purulents teintés de sang*; l'auscultation du poumon droit ne révèle pas de bruits anormaux; la respiration profonde ne réveille aucune douleur dans l'hypocondre droit. Les 17 et 18 juin, quelques accès de toux sèche sont suivis d'une expectoration muqueuse peu abondante. Le 19 juin, le foie et la rate ont diminué de volume (foie, flèche verticale sous-mammaire : 0,11.

Rate, projection verticale médio-axillaire : 0,09). La pression du nerf phrénique droit, au point interscalène, est nettement douloureuse. Les accès de fièvre quotidiens sont annoncés par un frisson intense, avec état cyanique de la face, injection des conjonctives bulbaires; ils s'accompagnent de vomissements bilieux abondants, mais ne sont pas suivis de sueurs profuses.

Pas d'oedème de la peau dans l'hypocondre droit; pas de frémissement neigeux à l'auscultation, ni à la percussion du foie.

Le 20 juin, quatre ponctions profondes sont pratiquées lentement sous le vide, avec un gros trocart de l'appareil Potain, dans diverses directions, à travers l'épaisseur du lobe droit; elles ne ramènent que du sang pur; pas la moindre trace de pus ou de liquide séropurulent.

Le professeur Jacob, qui pratique ces ponctions, ne se décide pas à tenter la laparotomie exploratrice.

La compression bi-manuelle du thorax, pratiquée dans le sens latéral, comme dans le sens antéro-postérieur, ne provoque pas de douleurs; de même, la pression sous-costale et épigastrique restent indolores, ce qui lui fait mettre en doute l'existence d'un abcès nettement collecté.

La saignée hépatique, produite par les ponctions, paraît simplement abaisser le fastigium des accès fébriles pendant quatre jours.

Ces accès sont beaucoup plus courts, de quarante-cinq minutes à une heure; mais ils s'accompagnent de douleur sous-pectorale droite et inter-scalène, et de dyspnée avec anxiété.

Le 1^{er} juillet, la toux reparaît avec expectoration muqueuse : on entend dans le tiers inférieur du poumon droit, quelques râles muqueux dans un foyer limité.

Le 2 juillet, on pratique, sous le vide, et lentement,

progressivement, avec un gros trocart, trois nouvelles ponctions profondes dans les directions variées, sans rencontrer de foyers purulents. Le chirurgien juge l'état général du malade trop précaire pour tenter une laparotomie.

Le 3 juillet, le malade succombe dans la nuit, après une crise terrible de dyspnée, neuf mois après le début de la dysenterie, sept mois après l'apparition de l'hépatalgie fébrile.

Nécropsie. — Le foie est notamment augmenté de volume dans son ensemble : il pèse 3 kil. 350.

Le lobe droit, très hypertrophié dans sa partie supérieure et postérieure, refoule le dôme diaphragmatique correspondant et envahit l'hémi-thorax droit : il est adhérent, au point culminant, au diaphragme, dans une zone assez limitée; une traction relativement faible amène la déchirure par arrachement du parenchyme hépatique devenu friable et offrant un aspect nécrotique jaune marbré assez analogue à celui d'un poumon pneumonique, au début d'une hépatisation grise. Le lobe gauche, également augmenté de volume, recouvre la rate.

D'une façon générale, le tissu hépatique se coupe avec facilité et revêt l'aspect du foie muscade.

Au centre du lobe droit et dans la partie la plus reculée de sa portion postérieure, l'incision ouvre un premier abcès de la grosseur d'une mandarine : il contient une faible quantité de pus visqueux, glaireux et sanieux, de couleur jaune-brun.

Cet abcès est entouré d'une coque scléreuse épaisse, fibroïde, très résistante. Un peu au-dessous et en arrière, presque au contact du diaphragme, existe un second abcès de la grosseur d'une petite noisette : c'est une géode vide dont la paroi est enduite, comme barbouillée d'une faible quantité de pus visqueux et sanieux. La paroi de cette géode est formée d'un tissu

dur, compact, comme tassé, entouré d'une zone de nécrose friable et jaunâtre.

Un *troisième abcès*, de la grosseur d'une amande, également vide de son contenu, siège dans la partie inférieure du tiers antérieur du lobe droit : une coque épaisse l'entoure.

Ces divers abcès sont manifestement en voie d'enkystement.

La rate, très congestionnée, de consistance molle, sans être friable, pèse 750 grammes : son enveloppe n'est pas sensiblement épaissie.

Les deux poumons sont exsangues et atelectasés. Le poumon droit présente deux zones rondes en voie de fonte purulente, ayant chacune les dimensions d'une pièce de 1 franc : celle du lobe moyen, une fois détergée, met à découvert une véritable cavité entourée d'une zone plus dure formant paroi; celle du lobe inférieur est en voie de fonte purulente. Le pus a des caractères analogues à celui des abcès du foie.

Le cœur est distendu dans ses cavités droites par une masse énorme de caillots cruoriques noirs; la fibre cardiaque est pâle, décolorée, l'artère pulmonaire est obstruée par d'énormes caillots.

Les reins, volumineux, ont une couleur pâle; leur substance corticale est sensiblement épaissie.

Le gros intestin présente, dans les derniers 30 centimètres de son parcours, des lésions scléreuses très accusées de la sous-muqueuse. Le calibre central est notablement réduit de volume; la sous-muqueuse, très épaissie, a un aspect lardacé; les selles contenues sont molles, mais moulées, pas d'ulcérations visibles de la muqueuse.

L'examen du pus hépatique ne révèle pas d'amibes; ; la culture donne naissance à des colonies maigres de staphylocoque blanc; la paroi de ces abcès n'a pas été examinée.

Le pus en formation de l'abcès pulmonaire inférieur, examiné directement, contient de rares amibes et quelques cocci que la culture démontre être du staphylocoque pyogène. Il n'a pas été pratiqué d'inoculation de contrôle.

Les abcès du poumon chez ce malade ne se caractérisèrent au début que par quelques frottements pleuraux en arrière, puis la radioscopie n'apporta aucun renseignement appréciable. Le dôme du lobe droit refoulait légèrement mais en masse la voûte diaphragmatique. Il y avait une névralgie phrénique très nette. Ce n'est que tardivement qu'apparurent une toux quinteuse, quelques crachats purulents teintés de sang qui firent penser à une localisation pulmonaire sans que l'auscultation ait révélé le moindre bruit anormal. Le malade mourut après une crise terrible de dyspnée due à une thrombose de l'artère pulmonaire. Ces abcès du poumon ne communiquaient pas avec l'abcès hépatique situé en plein parenchyme pulmonaire, les amibes étaient arrivées à cet endroit par voie lymphatique ou veineuse formant de véritables embolies.

M. Raymond, en 1911, avec M. Job, a observé un malade considéré comme *atteint d'une typhoïde* de moyenne intensité. Au bout de 3 semaines, apparurent points de côté de la *base droite*, toux, dyspnée, matité, obscurité respiratoire. Il y avait une névralgie phrénique très nette et on pensa à une pleurésie diaphragmatique. Une vomique donna du pus chocolat contenant des amibes. Le traitement à l'émétine fit que le malade guérit sans incident.

Les Vomiques

L'issue du pus dans les bronches est le mode de terminaison habituel des collections hépatiques amibiennes à évolution thoracique. Sur 24 migrations thoraciques, Bertrand et Fontan ont vu le pus se faire jour dans les bronches vingt et une fois, et trois fois seulement dans la plèvre. Cette complication est toujours grave. Bien que le traitement par l'émétine ait singulièrement amélioré le pronostic, l'infection de l'arbre respiratoire par le pus hépatique, et surtout l'infection secondaire par voie aérienne descendante sont toujours des complications graves. Les efforts doivent tendre à un diagnostic précoce qui permet un traitement médical ou même chirurgical avant l'ouverture.

Les *signes précurseurs* des vomiques se confondent au début avec ceux que nous avons précédemment étudiés. Il est bien difficile de dire en pratique s'ils correspondent à une simple réaction de la base droite vis-à-vis d'une collection suppurée de la convexité hépatique, ou s'ils traduisent le début d'une migration vers les bronches. La radio pourrait être en pareil cas d'un grand secours, mais nous avons vu que, fréquemment, base pulmonaire, convexité du foie et diaphragme sont noyés dans une opacité immobile. Quoi qu'il en soit, c'est l'intensité de la réaction pleuro-pulmonaire, la température qui se maintient élevée, un point de côté plutôt qu'une douleur vague, enfin

une névralgie phrénique bien caractéristique qui doivent faire penser à une migration.

Peu de temps avant la vomique, la précédant d'un ou deux jours au plus (Fontan), parfois seulement de quelques heures, apparaît une expectoration peu abondante. Quelques crachats hémoptoïques, parfois de véritables hémoptysies (Rist et Ameuille) attirent l'attention, en même temps qu'à l'auscultation on constate, outre les signes précédents, un foyer pneumonique. Il est intéressant de rapprocher ces vomiques hépatiques des vomiques interlobaires ou bronchiques. La symptomatologie y est toujours identique, nous verrons que l'évolution est aussi à peu près la même.

Les vomiques: C'est en général tout à coup, au milieu d'un accès de toux sèche, de dyspnée que le malade sent monter à sa gorge un liquide chaud. La douleur peut être très vive ou, au contraire, très atténuée. La plupart du temps elle n'est pas aussi atroce que celle des vomiques pleurales.

Les vomiques se présentent en pratique sous plusieurs types cliniques:

a) Tantôt la vomique est abondante, 500 gr. et plus, se reproduisant deux ou trois fois pendant la journée. Une amélioration générale se constitue rapidement, la température tombe, la douleur disparaît et les accidents ne se reproduisent plus.

b) Mais, en pratique, ce n'est que rarement qu'une pareille évolution peut être constatée. Le plus souvent, après une pareille vomique et une amélioration évidente mais non totale, la température remonte, les douleurs réapparaissent et de nouveau le malade crache du pus, voire même du sang en abondance.

c) Dans d'autres conditions enfin, une interminable suppuration s'établit, le malade crache du pus continuellement; amaigri, avec une fièvre hectique, des hémoptysies, il ressemble à un phtisique. La tuberculose est facilement éliminée, il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats. Par contre, il est beaucoup plus délicat de distinguer un abcès du foie se vidant par vomique d'une dilatation des bronches ou d'une pleurésie enkystée fistulisée.

MM. Bezançon et De Jong ont montré que rapidement ces vomiques prenaient le caractère macroscopique d'une expectoration de dilatation des bronches. Nous avons déjà insisté sur ce fait à propos des abcès de la base du poumon. Il nous faut y revenir à propos des vomiques.

Dans quelques cas, c'est seuls l'étude des antécédents et un examen radioscopique qui permettront de faire le diagnostic.

On a pu trouver des amibes dans le pus des vomiques; ce fait est rare.

Il est un point sur lequel nous insisterons maintenant et qui a bien été précisé par M. Pierre Descomps.

« La facilité avec laquelle les abcès de la convexité du foie se terminent par vomique s'explique bien par les adhérences successives qui soudent foie, péritoine, daphragme, plèvre et base pulmonaire. Ce trajet fistuleux limité par un canal scléreux n'a d'autre issue que le poumon.

« Mais, à la base du poumon, la grosse bronche souche droite, oblique en bas, en arrière et en dehors a un parcours tel que, dans sa déclivité, elle borde la convexité hépatique et peut par conséquent offrir au pus venant du foie à travers le

diaphragme une issue facile et très large » (Pierre Descomps).

Les rapports de la bronche et du bord convexe du foie nous montrent donc que, dans quelques circonstances, un abcès largement ouvert et bien drainé peut guérir à la suite d'une vomique.

MM. Chauffard, Tuffier, Dopfer et Pauron ont rapporté en 1913 des observations d'abcès du foie s'étant vidés par vomiques et guéris par le seul traitement à l'émétine. Mais, souvent, l'acte chirurgical reste indispensable. Dès 1913, M. Morestin insistait déjà sur ce fait. L'observation suivante de M. Miginiac en est la preuve.

OBSERVATION XI

(Dr. Miginiac in *Sté de Chirurgie*. Déc. 1921. Obs. n° 2)

Paul J..., quarante-six ans, professeur de musique, appelle son médecin, le D^r Vaquié, le 23 octobre 1920. Il se plaint d'une *diarrhée séreuse*, accompagnée de douleurs dans l'épaule droite, de fièvre à 38°, de perte de l'appétit avec asthénie et état saburral, cet état dure depuis un mois et va en s'aggravant de jour en jour. *Le foie est gros, déborde nettement le bord costal; la base pulmonaire droite est submate et silencieuse.* Comme antécédents, n'a jamais quitté la région toulousaine, n'a jamais voyagé aux colonies, aurait présenté en 1909, une pneumonie droite suivie de pleurésie purulente terminée par vomique, sans qu'il soit possible de faire préciser ces accidents; cependant depuis 1919, a présenté sans cause connue, des crises d'entérite avec diarrhée, et, à ce moment, a eu pendant deux semaines de violentes douleurs dans l'épaule droite. Le malade reste en observation, et ce n'est que le 18 novembre que des douleurs très vives accom-

pagnées de fièvre à grandes oscillations et d'*expectoration de pus chocolat* très lié et sans odeur, font porter le diagnostic d'abcès du foie. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 23 novembre, où il est vu par M. le Professeur Rispal et M. le Professeur Baylac qui le montrent aussitôt à M. Migniniac en vue d'une intervention opératoire.

A son entrée dans le service de chirurgie, on constate une énorme voussure en coup de hache déformant le rebord thoracique droit; le foie est gros et abaissé; *la matité hépatique remonte assez haut pour évoquer l'idée d'une pleurésie de la grande cavité*. Pas d'œdème, pas de dyspnée, pas de cyanose, pouls bon, température, oscillant entre 37°8 et 39°6. *Plusieurs ponctions* aspiratrices au trocart Potain restent *sans résultat*, mais le pus arrive par une ponction sous-jacente à la 12° côte.

Anesthésie à l'éther. Incision et *résection de la 11° côte* sur la ligne scapulaire. On traverse des tissus lardacés difficiles à identifier marquant la fusion de la plèvre et du diaphragme qui ne sont pas repérés, et *un demi-litre de pus chocolat* est enfin évacué avec des débris sphacéliques. Drainage avec un gros tube.

L'amélioration a été pour ainsi dire immédiate, réalisée en vingt-quatre heures. Le drain a été enlevé le 6^e jour. L'expectoration purulente a disparu le 10^e jour. Le malade a pu se lever le 10^e jour et quitter l'hôpital guéri le 16^e jour. Il se porte très bien depuis.

Le professeur Rispal a pratiqué l'examen du pus et y a trouvé des amibes dysentériques; aucun microbe n'a cultivé.

Une injection quotidienne d'émétine a été pratiquée pendant les cinq jours qui ont suivi l'opération, et sous cette influence la diarrhée a disparu et ne s'est plus manifestée.

L'intervention chirurgicale est nécessaire non

seulement pour débarrasser le malade d'une collection suppurée gênant par son volume, mais elle est parfois indispensable quand apparaissent de graves accidents de suffocation liés aux passages du pus dans les bronches. Elle doit porter d'abord sur le foyer principal hépatique, puis il est nécessaire, « après avoir ouvert le foyer principal, de rechercher les foyers adjacents plus ou moins reconnus cliniquement, même en tenant compte des résultats fournis par la radioscopie préalable et, en particulier, rechercher les foyers thoraciques bronchopulmonaires ». (P. DESCOMPS).

Les kystes hydatiques postéro-supérieurs s'ouvrent, le plus souvent, dans la plèvre. En l'absence de réaction inflammatoire, la cavité pleurale est libre d'adhérences. Les vomiques des kystes hydatiques suppurés sont précédées par tout un ensemble de signes qui traduisent la suppuration du kyste, l'infection suivant la voie biliaire (Duprê).

La fièvre survient chez un sujet jusque là apyrétique, elle peut être en plateau à 38° ou se présenter avec de grandes oscillations.

Les douleurs thoraciques revêtent plusieurs types, soit simple gêne dans le côté, soit névralgie intercostale ou phrénique. L'examen de la base droite révèle des signes de réaction : submatité, râles muqueux, frottements pleuraux. C'est, somme toute, la même symptomatologie que celle des abcès du foie.

Les vomiques sont massives ou fractionnées. Elles contiennent des débris de membranes, de petites vésicules ressemblant à des grains de raisin sucés. Le liquide peut être teinté par la bile. Il est exceptionnel que la vomique soit absolument limpide.

De pareils kystes doivent toujours être traités chirurgicalement, une fistulisation de l'orifice, ou des accidents de cholerragie pouvant survenir ultérieurement.

Conclusions

Au cours des affections hépatiques, les signes de réaction de la base droite ont une grosse importance diagnostique. Toute réaction pulmonaire droite subaiguë qui n'est pas due à une cardiopathie ou à la tuberculose doit faire pratiquer un examen complet du foie.

Les réactions de la base pulmonaire se présentent en clinique sous *plusieurs types* qui ne sont souvent que les *stades différents* d'une évolution progressive.

Au début, c'est simplement un silence respiratoire avec quelques râles muqueux, parfois des frottements pleuraux et de la submatité. Ces réactions frustes s'observent au cours de l'hépatite amibienne chronique, de la lithiase biliaire, des ictères.

Dans un stade plus accusé, on constate soit une pseudo-plurésie comme au cours des kystes hydatiques de la convexité, soit une congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire dans les abcès du foie et les kystes suppurés.

La participation de la base droite *enfin* peut être plus intime. Il n'y a plus seulement réaction de voisinage, mais *communication des collections hépatiques avec la plèvre ou le poumon*. On observe alors des pleurésies aseptiques ou purulentes, des abcès du poumon. *Toutes ces manifestations évoluent vers la vomique*. C'est grâce à la connaissance des symptômes de début qu'on peut diagnostiquer une évolution thoracique et *prévoir l'issue du liquide purulent par les bronches*.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
APPEL.

Bibliographie

- ACHARD. — Les Abscès Pneumoniques (*Journal Méd. et Chir. pratiques*, 10 sept. 1921).
- ACHARD ET FOIX. — *Arch. de Médecine expérimentale* (juillet 1914, page 345).
- JEAN BEAU. — Hépatite amibienne chronique (Thèse, Paris 1920).
- BERGADA. — Thèse, Paris 1889.
- DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — Maladies du foie et des voies biliaires (Masson 1910).
- DESCOMPS et MIGINIAC. — Deux observations d'abcès du foie ouverts dans les bronches (*Sté de Chirurgie*, 21 déc. 1921).
- DÉVÉ. — *Journal Médical français*, 1910).
- DUBAÏ et POTEL. — L'émigration pleurale dans les abcès du foie (*Echo Médical du Nord*, 22 déc. 1901).
- FONTAN. — Les grands abcès du foie. — Doin, 1909.
- MARION, TUFFIER. — *Sté de Chirurgie*, 5 février 1908.
- NATTAN-LARRIER. — Deux cas d'abcès pulmonaires amibiens (*Revue de Méd. et d'hyg. tropicales*, 1906, page 199 et 1907, page 60).
- PAISSEAU. — *Paris Médical*, 1921.
- PAISSEAU ET HUTINEL. — *Annales de Médecine*, tome I, 1919.
- F. RAMOND, CH. JACQUELIN et BORRIEN. — Quelques petits signes de la lithiase biliaire (*Soc. Méd. Hôp.*, 4 nov. 1921).

Mme Frida RAPPOPORT. — Kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie (Thèse Paris, 1915).

RENAUD. — In *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale*, 1909.

RIST, AMEUILLE et Mlle DE PFEFFEL. — Un cas d'abcès amibien du poumon (*Soc. Méd. Hop.* Paris, 12 juin 1914).

RIST et ROGER. — *Presse Médicale*, 1915, page 315.

SIMONIN. — Abcès multiples du foie et du poumon droit (*Soc. Méd. Hop.* Paris, 19 juin 1914).



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

